



Auteur du projet ©VKRA



Nouvel Hôpital : pour un campus de soins tourné vers l'avenir

Dans le cadre de son projet de développement stratégique, le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC), fruit de la fusion des hôpitaux Saint-Joseph, Sainte-Thérèse, IMTR, Notre Dame et Reine Fabiola, ambitionne d'offrir à l'ensemble de ses patients un tout Nouvel Hôpital, à la hauteur de leurs exigences. Ce nouvel établissement sera l'un des plus importants de Belgique et abritera l'ensemble des fonctions médicales actuellement réparties sur cinq des six sites du GHdC. Il s'appuie sur un projet médical novateur et ambitieux, organisé autour de dix pôles de soins interactifs regroupés en fonction de la pathologie ou selon une logique d'organes. Ceux-ci s'appuieront sur deux fonctions d'appui clinique (Urgences, soins intensifs, Médecine Interne Générale...) et médico-technique (radiologie, laboratoires...). Ce fonctionnement en pôles de soins permet de placer le patient au centre de l'organisation du GHdC de façon bien plus concrète qu'actuellement. Cette réorganisation a pour objectif d'améliorer l'efficacité de ses spécialités et la qualité du traitement que ses équipes apportent au patient. VK Architects & Engineers et Reservoir A sont les concepteurs de ce nouveau campus de soins tourné vers l'avenir.

Propos recueillis auprès de **Gauthier Saelens**, Directeur Général

Il y a quatre ans, vous définissiez le Grand Hôpital de Charleroi comme un établissement en pleine mutation qui veillait à maintenir un bon équilibre. Aujourd'hui, alors que le projet Nouvel Hôpital est bien avancé, comment définiriez-vous votre établissement ?

Gauthier Saelens : Le stade de la mutation est aujourd'hui dépassé grâce aux solides avancées réalisées et nous nous apprêtons à entrer dans une phase de consolidation. Nous avons posé les bases de nombreux changements avec l'apparition d'initiatives nouvelles au sein de l'institution. À titre d'exemple, il y a quatre ans, l'hospitalisation à domicile était relativement expérimentale et, grâce au travail et à l'expérience acquise, nous sommes aujourd'hui en mesure d'élargir la plateforme de services vers d'autres pathologies. Dans la même dynamique, il y a quelques années, nous avons posé les bases d'une fonction maladies rares que nous développons actuellement après avoir reçu notre agrément il y a moins de deux ans. Nous avons semé les graines du GHdC de demain que nous commençons à récolter avec l'expérience accumulée au fil du temps.

En matière de réseau, le Grand Hôpital de Charleroi s'est rapproché de la Clinique Notre-Dame de Grâce à Gosselies pour créer le Réseau hospitalier de Charleroi Métropole. Comment s'est fait le rapprochement ?

G. S. : Ce rapprochement s'est réalisé très naturellement. Au départ, cette démarche était plus large et devait inclure les hôpitaux publics de la région mais, malheureusement, les discussions ont échoué. Derrière la déception de ne pas réussir à mettre en place un réseau plus large, nous sommes ravis de travailler avec la clinique de Gosselies avec qui nous avons toujours partagé d'excellentes relations. Nous sommes très confiants pour l'avenir de ce réseau hospitalier, comme l'a confirmé la crise COVID qui a été l'occasion de collaborer sur divers aspects pratiques. Tout s'est parfaitement déroulé, toujours dans le respect des uns et des autres et avec une vraie entraide entre les institutions. Ce réseau doit permettre à terme la mise en œuvre d'un projet médical partagé tout en garantissant l'autonomie de chacun.

Quels sont les atouts du Réseau hospitalier de Charleroi Métropole ?

G. S. : Nous disposons d'une palette de services extrêmement large puisque nous proposons toutes les activités à l'exception de celles réservées aux hôpitaux académiques qui nous sont interdites par la loi. Ce réseau est également majoritaire dans la région avec 60 % de parts de marché, renforçant ainsi, la qualité et la solidité financière des deux institutions. Nous disposons aujourd'hui de moyens économiques qui nous permettent d'envisager des développements futurs. Enfin, nous allons bientôt pouvoir compter sur un hôpital tout neuf sur le site des Viviers tandis que l'hôpital de Gosselies a été très largement rénové ces dernières années, ce qui accroît notre attractivité.

Quelles sont vos relations avec les établissements publics du bassin de soins de Charleroi Métropole qui ont choisi de mettre en place leur propre réseau ?

G. S. : Nous collaborons sur certains secteurs spécifiques comme la gestion des SMUR ou la médecine nucléaire avec une plateforme

commune pour le PetScan et la crise COVID a naturellement renforcé l'entraide et le partage d'informations avec l'ISPPC (Intercommunale de Santé publique du Pays de Charleroi). Si la concrétisation du réseau n'a pas pu avoir lieu en raison de divergences de fonctionnement et de gouvernance, la collaboration médicale entre les deux réseaux existe malgré tout.

Comment le GHdC traverse-t-il cette crise sanitaire ?

G. S. : Nous avons traversé cette crise grâce à la mobilisation exemplaire de tout le personnel. Nous avons pu compter massivement sur l'ensemble des corps de métier pour prendre en charge l'énorme volume de patients. Selon les statistiques officielles, le GHdC est l'hôpital belge francophone qui a accueilli le plus de patients COVID. Nous avons participé activement à la gestion de cette crise en assumant notre rôle avec responsabilité.



Quelles ont été les principales problématiques que vous avez eu à faire face ? Comment avez-vous répondu à ces problématiques sur les différents sites qui composent votre établissement ?

G. S. : Nous avons réparti les charges sur l'ensemble de nos sites hospitaliers en tenant compte de leurs spécificités. Ainsi, nous avons créé des unités COVID gériatriques sur un de nos sites car les personnes âgées ont représenté une part très importante des prises en charge. Lors de la première vague, la principale difficulté a été liée à l'approvisionnement en matériel de protection individuelle. Si nous n'avons jamais été en rupture

de stock, nous avons frôlé, parfois à quelques heures près, la catastrophe. Cette situation de tension liée à la pénurie a été extrêmement difficile à vivre et pénible pour tout le monde. Lors de la deuxième vague, les problèmes de matériels de protection se sont réglés mais nous avons dû faire face à une difficulté immense de volume de prises en charge. Nous avons accueilli un nombre tout à fait inédit de patients avec des soins intensifs qui ont été doublés par rapport à notre capacité habituelle. En moyenne, le GHdC fonctionne avec 36 lits de soins intensifs et, au cours de cette crise, nous avons porté la capacité à 72 lits. Cette augmentation capacitaire s'est bien sur accompagnée d'un renfort de personnels en provenance des blocs opératoires et de l'augmentation de matériels. Au plus fort de la première vague, 27 patients COVID étaient en réanimation et nous sommes montés à 55 patients au début du mois de novembre. Grâce au partage mondial des informations et l'expérience acquise en interne, les prises en charge se sont améliorées au fil de cette crise.

Comment définiriez-vous la solidarité qui s'est installée entre les établissements durant cette crise ?

G. S. : Cette solidarité n'a pas été uniquement matérielle. Au contraire, il s'agit avant tout d'une solidarité unissant des personnes partageant les mêmes difficultés incroyables et se préoccupant des autres. Nous étions tous dans le même bateau. En Belgique, la crise a été avant tout gérée par les hôpitaux. Les établissements hospitaliers ont servi de tampon face aux mesures du gouvernement. Ces mesures arrivaient de toute part avec parfois des incohérences si bien que l'hôpital devait traduire ce flux désordonné d'informations et en faire la synthèse pour les rendre lisibles à l'intérieur de l'hôpital. Cette difficulté ressentie par tous les établissements a fait émerger un sentiment commun de besoin d'échanger et de partager. Comme jamais auparavant, les idées et les données ont circulé très aisément entre les hôpitaux.

Cette solidarité va-t-elle donner naissance à un nouveau type de collaborations entre les établissements ?

G. S. : J'espère qu'il subsistera quelque chose à l'issue de cette crise et que cette solidarité perdurera. Les différentes équipes ont appris à travailler ensemble et à échanger en toute transparence au cours de cette crise et, aujourd'hui, il est évident que nous avons tous un rôle à jouer. Malgré la concurrence, nous avons tous repris conscience de notre rôle fondamental en matière de gestion de santé publique. Il est très rassurant de constater que l'union de tous les établissements s'est faite très naturellement pour faire face à cette situation exceptionnelle.

À l'automne dernier, la banque Belfius a dévoilé son rapport MAHA 2020 (Model for Automatic Hospital Analyses). Ce rapport a révélé que la crise sanitaire avait ébranlé un système déjà fragilisé et qu'elle devait permettre d'amener une réforme structurelle du financement des soins de santé. À la lecture de ce rapport, vous avez estimé que peu importe les moyens que vous recevrez, c'était le système de financement qu'il fallait changer. Quelles sont les solutions aujourd'hui pour lutter contre cette fragilité du système ?

G. S. : Il est urgent de sortir d'un financement majoritairement basé sur la prestation unique. Le système belge repose malheureusement beaucoup sur la tarification à l'acte ce qui entraîne inévitablement une course au volume. Lorsqu'une crise comme la COVID intervient, le système devient très défavorable. Cette crise a surtout mis en avant la permanence et le rassemblement des équipes autour d'un patient aux dépens de la production d'un grand nombre d'actes. Nous étions pleinement conscients

de ce déséquilibre et nous alertons depuis longtemps sur ce problème mis en pleine lumière depuis un an. Ce n'est plus une théorie mais de la pratique. Notre système de financement est totalement inadapté pour faire face à une crise sanitaire. Pour réformer, les pistes sont connues et il est important de trouver une solution intermédiaire entre un système de financement à l'acte et un système de financement forfaitaire. Je ne souhaite pas passer de l'un à l'autre de manière radicale car le système forfaitaire a aussi des défauts. Enfin, il est intéressant de noter que les métiers les plus rémunérateurs ne sont pas ceux qui ont été confrontés à la crise épidémique. Chez nous, les infectiologues, les gériatres ou les internistes généraux sont les moins bien dotés alors que ce sont les médecins qui ont été le plus impliqués dans cette crise.

Espérons que l'année écoulée serve de révélateur pour les pouvoirs publics afin de réformer ce système déséquilibré. De la même manière, nous alertons depuis trop longtemps sur les normes d'encadrement des soins infirmiers qui sont trop basses et que des moyens doivent être alloués pour augmenter les critères d'encadrement. Cette crise a révélé à quel point nous avions raison. Le manque de considération et le manque d'effectifs en soins infirmiers sont encore plus criants et plus préjudiciables que le système de financement. C'est un enjeu capital d'autant plus que cette crise n'a pas favorisé les inscriptions dans les écoles d'infirmières, bien au contraire.

Une fois la crise sanitaire éloignée, dans quelle mesure craignez-vous le contrecoup de la crise économique qui devrait suivre ?

G. S. : Il me paraît difficile d'échapper à la crise économique. Nous ne parviendrons pas à résoudre les problèmes et absorber le choc en quelques mois. Cela devrait prendre plusieurs années. Actuellement, le système tient sous tension, malgré les contraintes, avec une série de mécanismes qui permettent aux entreprises de survivre mais qui devront prendre fin un jour prochain. Pour le moment, une partie de la misère sociale et économique est sous cloche et lorsque cette dernière sera levée, nous nous rendrons compte de l'ampleur du désastre. Je demeure confiant sur le fait que l'hôpital devrait également être indemnisé à hauteur des pertes infligées par la crise. En plein cœur de la crise, tous les pouvoirs publics sont très attentifs à l'état de santé des hôpitaux car nous ne pouvons pas nous écrouler pour des raisons financières tandis que la population a besoin de nous. En revanche, je redoute qu'en sortie de crise, l'hôpital n'étant pas le secteur le plus impacté économiquement, soit moins aidé que les autres pour survivre à l'après. Les moyens à disposition restent limités alors qu'il faudra aider tout le pays. Cela ne sera pas simple et il est évident que tout le monde ne survivra pas à cette crise.

Dans ce contexte difficile, le GHdC poursuit son projet Nouvel Hôpital sur le site des Viviers. Quels sont les enjeux de ce projet ?

G. S. : L'enjeu initial de regrouper en un seul lieu toutes nos compétences, de moderniser nos infrastructures et de rationaliser nos modes de fonctionnement n'a pas changé. Le projet de construction sur le site des Viviers est sans doute encore plus nécessaire aujourd'hui dans la mesure où nous devons au plus vite nous doter d'un outil performant pour faire face aux difficultés futures. Les enjeux de santé publique et de collaborations se sont renforcés durant cette période et le nouvel hôpital nous permettra de mieux les appréhender. Evidemment, notre regard sur l'hôpital a évolué au cours des derniers mois et ce projet doit être en mesure de répondre au mieux à une éventuelle pandémie.



À quel point le volet organisationnel et l'accompagnement des personnels sont-ils des défis essentiels de ce nouveau projet ?

G. S. : Ce sont des éléments extrêmement importants et c'est la raison pour laquelle nous nous sommes adjoint les services d'une société spécialisée dans la gestion du changement. La finalité ne doit pas être la construction d'un nouvel hôpital mais de réussir la migration des équipes et des modes de fonctionnement et de bâtir une nouvelle histoire. L'adhésion des équipes est fondamentale. L'arrivée de ce nouvel hôpital va apporter énormément de changements à commencer par le fait de tous nous retrouver dans un même bâtiment. Notre plan de gestion du changement a été initié juste avant le début de la crise COVID et a dû être mis entre parenthèses au plus fort de la pandémie. Nous reprenons peu à peu ce travail, enrichis des enseignements de cette période qui a été elle-même, riche en changements multiples. Les réticences liées à la COVID et à la pratique de nouvelles activités étaient réelles mais ont pu être dépassées grâce à l'abnégation du personnel. Cette faculté d'adaptation démontrée au cours de cette crise sera une aide précieuse face au grand changement que représente ce projet nouvel hôpital. Nous avons prouvé notre capacité à collaborer entre les différents métiers et à nous réinventer lors de cette situation exceptionnelle, je ne vois pas pourquoi nous ne

pourrions pas le refaire sur un projet plus maîtrisé, construit et à la temporalité plus lente.

L'un des concepts fondateurs autour duquel vous avez articulé ce projet est celui de l'hôpital du futur centré sur le patient. N'est-il pas difficile, voire utopique, de concevoir cet hôpital du futur alors qu'il est difficile d'imaginer ce que sera à plus ou moins long terme le contexte de soins et de besoins ?

G. S. : Se projeter est évidemment difficile puisque personne ne peut prédire ce que sera l'hôpital dans dix ou vingt ans. Depuis le début du projet, notre obsession est de garder de la polyvalence dans notre approche et dans l'architecture de l'hôpital afin de conserver une marge de progression de notre schéma organisationnel. Nous devons être en capacité de nous ajuster aux besoins de la population et de suivre les évolutions techniques et médicales. Nous devons cultiver notre adaptabilité. Une conception architecturale intelligente doit nous aider à supporter les évolutions sur plusieurs décennies. J'ai toujours en tête l'image du boxeur qui doit être en perpétuel mouvement et sur ses gardes pour parer à toutes les éventualités et s'adapter à son adversaire. Il doit être en mesure d'avancer, d'esquiver et d'aller très vite dans la bonne direction. L'agilité du boxeur est mon leitmotiv.

Le projet du nouvel hôpital a évidemment été impacté par la crise sanitaire. Dans quelle mesure vous êtes-vous assuré que le nouvel hôpital pourra faire face à d'éventuelles nouvelles crises sanitaires ?

G. S. : Nous avons beaucoup travaillé sur la standardisation des locaux et des unités de soins afin de changer leur contenu très facilement en cas de besoin. Cela concerne aussi bien les différents services que le plateau ambulatoire dont la conception permet de faire évoluer les zones réservées aux différents pôles. Notre conception architecturale en plusieurs bâtiments amène forcément une certaine rigidité, mais l'intérieur étant très standard, cela laisse de la place pour évoluer et d'autre part, cela permet plus facilement de cloisonner et de restructurer une aile, un étage ou une plus petite partie, en cas de nouvelle épidémie. C'est une grande avancée par rapport à l'existant où, comme nous avons pu le constater avec la COVID, les cloisonnements étaient beaucoup plus complexes. Sur ce thème, nous avons d'ores et déjà prévu et identifié les capacités d'extension ainsi que les nœuds de communication. Nous sommes capables de faire grandir encore la structure de l'hôpital sur différents axes.

Les structures pavillonnaires sont aujourd'hui souvent décriées, or elles apparaissent comme le meilleur outil face à des épidémies grâce à leur flexibilité et leur étanchéité ?

G. S. : Certes, nous sommes loin de la philosophie pavillonnaire historique, mais le choix d'une construction en plusieurs bâtiments et non en monobloc, se révèle être encore plus pertinent aujourd'hui. Hier, les pavillons étaient organisés par discipline, ils seront demain sur le site des Viviers, organisés par fonction. Disposer de ce nouvel hôpital pour faire face à la crise nous aurait grandement facilité la tâche.

En attendant la concrétisation de ce projet prévu pour 2024, quels sont les orientations stratégiques que vous donnez à votre établissement pour les trois prochaines années ?

G. S. : Tout d'abord, nous devons continuer d'investir sur nos secteurs forts comme l'oncologie, le cardio-vasculaire ou le pôle mère-enfant et nous préparer à entrer au mieux dans ce nouvel hôpital. Certaines équipes doivent encore être renforcées pour conforter notre positionnement sans attendre le nouvel hôpital. Cette construction n'est en réalité qu'une plus-value par rapport à notre activité existante. Ce projet n'est pas un aboutissement mais un moyen d'améliorer encore notre travail grâce à de meilleures infrastructures. L'hôpital n'est qu'un outil de notre développement.

Par ailleurs, certains secteurs sur lesquels nous avons beaucoup investi ces dernières années doivent poursuivre leur évolution pour devenir des secteurs d'excellence, comme les maladies rares, la chirurgie maxillo-faciale ou encore la chirurgie robot-assistée.

Lors de notre dernier entretien, vous aviez souligné l'impact profond qu'aurait la qualité de vos interactions durant le projet Nouvel Hôpital sur vos méthodes de management. Dans quelle mesure ces interactions ont-elles influencé votre management personnel et institutionnel ?

G. S. : Je suis toujours profondément convaincu que la mise en commun des compétences fait progresser la qualité. Aujourd'hui, nous faisons face à une tendance à l'hyperspécialisation qui permet à un individu ou à une équipe d'atteindre le sublime dans le geste mais je suis de plus en plus persuadé que cet ultime geste, aussi magnifique soit-il, n'est rien s'il n'est pas intégré dans un ensemble global. Un patient ne peut pas

être perçu par le prisme de ces quelques minutes de geste absolu mais bien au travers de toute sa prise en charge, de son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Le parcours d'un patient est jalonné de nombreuses étapes qui ont toutes leur importance. La qualité, c'est, avant tout, faire fonctionner l'ensemble des éléments de la prise en charge les uns avec les autres. L'addition de toutes les expertises, même les plus petites, et un bon accueil professionnel sont les éléments clés d'amélioration de la qualité. Par ailleurs, je suis un fervent partisan de l'exemplarité et c'est la raison pour laquelle le comité de direction doit travailler en équipe, dans le respect de chacun et tourné vers un objectif commun. Les instances dirigeantes doivent montrer l'exemple pour que cette philosophie se répande sur l'ensemble des collaborateurs de l'hôpital. En tant que directeur général je suis très attentif aux équipes, à leur bien-être et à la cohésion pour porter ce projet commun.

Lorsque nous vous avons posé la question de votre vision de l'hôpital de demain, vous aviez évoqué la fin nécessaire de l'hospitalocentrisme. Dans quelle mesure l'hôpital de demain va-t-il voir son rôle et son positionnement sur le territoire se modifier ?

G. S. : Cette vision s'accompagne d'actes puisque nous venons de renforcer l'aval hospitalier au sein de la direction générale. Un adjoint à la direction a désormais pour mission de faire vivre et fonctionner nos relations avec les établissements du territoire. Il s'agit de travailler efficacement avec la médecine générale, les soins à domicile, les maisons de repos, le secteur du handicap ou encore toutes les structures de prise en charge de la santé mentale qui nous entourent. Nous avons toujours collaboré avec les entités extrahospitalières mais sans doute de manière trop artisanale malgré notre bonne volonté. Il est temps de structurer ces efforts avec la création d'une branche dédiée au sein de la direction. Avec l'aide du service social, nous allons pouvoir amplifier et élargir notre réseau. Nous sommes évidemment un acteur important, et au cours de la crise COVID nous avons aidé des maisons de repos. Nous devons aider ces structures qui interviennent dans le cadre des soins de santé et notre positionnement et nos moyens nous désignent comme devant être l'acteur le plus actif.





Le projet médical

« Le projet initial était déjà bien pensé et intégrait certaines problématiques mises en lumière par la crise sanitaire »



Propos recueillis auprès du **Docteur Manfredi Ventura**, Directeur Médical

Il y a quatre ans, 10 pôles avaient été définis pour être opérationnels l'année suivante. Quel bilan dressez-vous de la mise en place de ces pôles ?

Manfredi Ventura : Le bilan est extrêmement positif puisque nous avons le plaisir de constater que les chefs de pôles sont devenus des partenaires à part entière de la stratégie médicale et même de la stratégie de l'institution. Ce mode de fonctionnement s'avère tout à fait pertinent, encore plus en cette période de crise sanitaire. En outre nos chefs de pôles jouent un rôle important dans la constitution des réseaux en participant activement aux discussions. Ils sont particulièrement légitimes pour discuter avec leurs homologues chefs de service de l'hôpital partenaire.

Ces pôles sont épaulés par une fonction d'appui clinique aigu, et deux fonctions d'appui médico-technique. Pouvez-vous nous présenter ces fonctions d'appui ?

M. V. : Nous disposons aujourd'hui de 10 pôles médicaux classiques ainsi que 3 pôles transversaux : deux que nous qualifions d'appui médico-technique, avec d'une part, l'imagerie qui regroupe la radiologie et la médecine nucléaire et d'autre part, la biologie clinique qui est un pôle de laboratoire au sens large. Nous avons également un pôle transversal d'appui clinique aigu avec l'algologie, les soins intensifs, les urgences et l'anesthésie. Certains départements sont tellement transversaux que nous avons souhaité les conserver sous la gouvernance de la direction médicale et ainsi maintenir une certaine neutralité vis-à-vis des autres services. Cela concerne la pharmacie, les soins palliatifs, la nutrition, l'hygiène hospitalière et le quartier opératoire. Il était important que la gestion globale du bloc opératoire demeure sous la responsabilité de la direction médicale avec une coordination impliquant des représentants des chirurgiens, de l'anesthésie, de la direction des soins infirmiers ainsi que des chefs de pôles utilisateurs du bloc.

Dans le cadre du projet du nouvel hôpital, le projet médical favorise une approche transversale multidisciplinaire qui place le patient au centre de son organisation. Comment définiriez-vous cette approche transversale multidisciplinaire ?

M. V. : Au niveau architectural, nous avons souhaité regrouper sur un même plateau des pôles qui sont proches en termes de pathologie ou selon une logique d'organes. Le pôle neuro-ostéo-locomoteur (NOL) en est le parfait exemple puisque, sur un même plateau, cohabitent la chirurgie orthopédique, la neurochirurgie et la neurologie et la réadaptation / médecine physique. Il est situé sur un étage qui se décline d'un côté sur une partie appelée « *Motel* » pour l'activité aiguë et de l'autre côté, la partie « *Hôtel* » pour la réadaptation qui est également accessible aux patients ambulatoires. Le travail s'effectue de manière pluridisciplinaire avec une totale intégration des professionnels paramédicaux.

Dans quelle mesure il était pertinent d'aborder cette approche multidisciplinaire ?

M. V. : L'approche transversale et multidisciplinaire est indispensable dans l'évolution de la prise en charge. Cela correspond parfaitement à la médecine moderne où il devient nécessaire de dépasser la simple discipline ou la compétence professionnelle. Qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières ou de paramédicaux, il est fondamental que tout le monde travaille ensemble pour assurer un relais d'activité harmonieux autour du patient. Il faut accompagner les progrès du patient tout au long de son séjour à l'hôpital.

Comment le personnel médical a-t-il été accompagné dans ces changements ?

M. V. : Nous menons de front deux changements majeurs au niveau de l'institution. En premier lieu nous menons une démarche d'accréditation, qui est une manière de repenser la stratégie médicale et notre manière d'aborder les soins. Cela a pour but d'harmoniser et de privilégier les bonnes pratiques ce qui n'est pas toujours aisé sur un établissement multi-sites. L'autre travail mené par le GHdC concerne justement la préparation au changement, en collaboration avec une entreprise spécialisée en change management. Nous avons lié ces deux actions fondamentales qui touchent tous les secteurs aussi bien au niveau du trajet de soin que les secteurs administratifs. L'objectif de cette préparation au changement et d'amélioration des pratiques, est de permettre aux équipes de se familiariser avec l'uniformité qui sera de mise dans le nouvel hôpital.

Dans quelle mesure la crise sanitaire s'est-elle invitée dans vos réflexions ?

M. V. : Elle s'est invitée de façon majeure en ralentissant nos réflexions. Bien sûr, la crise n'a pas tout changé mais il faut savoir que le GHdC est l'hôpital francophone qui a accueilli le plus de cas COVID et, forcément, nous sommes très impactés. Toutes les ressources de l'hôpital se sont concentrées sur la gestion de la crise ce qui a inévitablement ralenti les travaux et réflexions. L'évolution du chantier du nouvel hôpital a moins souffert que la démarche d'accréditation et de change management.



Certes, les travaux se sont arrêtés lors du premier confinement et de nombreuses personnes ont également dû respecter une période de quarantaine à l'issue des vacances de Noël, mais nous sommes parvenus à limiter l'impact sur le planning grâce à la mise en place de mesures exemplaires qui ont permis d'éviter tout cluster et nouveaux retards.

Dans quelle mesure le projet médical s'est-il adapté pour prendre en compte ces nouvelles données sanitaires ?

M. V. : Le projet initial était déjà bien pensé et intégrait certaines problématiques mises en lumière par cette crise comme pour le service des urgences. Désormais, nous devons poursuivre notre réflexion, en particulier sur les salles d'hospitalisation. Nous allons probablement devoir concevoir des unités permettant plus aisément d'isoler les patients. Si le projet architectural ne devrait pas connaître de grands changements, certains petits ajustements doivent être intégrés. Nous devons tirer toutes les leçons de cette crise pour permettre au nouvel hôpital d'être « *COVID proof* ».

Quels autres projets devez-vous mener avant votre intégration au sein du nouvel hôpital ?

M. V. : L'accréditation est notre projet fondamental actuellement. Nous devons être accrédités avant notre déménagement afin de pouvoir démarrer un nouveau cycle de trois ans sur de bonnes bases dès notre entrée dans le nouvel hôpital. Le deuxième projet ambitieux concerne la pharmacie avec une nouvelle organisation et l'installation de la robotique que nous souhaitons mettre en place et tester avant notre entrée dans le nouvel hôpital.

Il est important de permettre aux professionnels de se familiariser avec ce nouveau fonctionnement pour ne pas être démunis dans le nouveau bâtiment. La pharmacie devrait d'ailleurs être opérationnelle en avant-première au début de l'année 2024 avant l'arrivée des patients et ainsi alimenter l'hôpital depuis le site des Viviers durant quelques semaines. D'autres secteurs sont amenés à déménager avant les patients, à l'image de la radiothérapie en raison d'une période de mise au point et de rodage indispensable. Pendant un laps de temps, les deux radiothérapies fonctionneront simultanément jusqu'à ce que celle des Viviers soit pleinement opérationnelle. Par ailleurs, l'harmonisation des soins intensifs est un élément clé en amont de l'entrée dans les nouveaux locaux. Aujourd'hui, les soins intensifs sont encore répartis sur nos deux sites principaux et l'idée est d'uniformiser les pratiques pour que tout se passe bien lors de leur réunion dans le nouvel hôpital. Enfin, nous sommes actuellement en pleine transition au niveau de notre dossier médical informatisé vers un nouveau logiciel. Aujourd'hui, nous travaillons à la fois sur X Care tout en conservant encore OmniPro jusqu'à la fin de l'année. C'est un projet de longue haleine qui prend plusieurs années à aboutir et qui est relativement lourd à la fois pour les équipes informatiques qui le porte mais aussi pour les équipes soignantes qui

doivent s'adapter au quotidien. La publication des radiographies ou encore les prescriptions sont aujourd'hui entièrement réalisées sur le nouveau logiciel X Care et nous avançons à marche forcée sur le reste, avec une discipline que nous pourrions qualifier de militaire.

Dans quelle mesure la crise sanitaire a-t-elle accéléré la démocratisation de tous les outils numériques et de la télé-médecine ?

M. V. : Nous pratiquons naturellement beaucoup la visioconférence depuis le début de la crise sanitaire mais le principal impact a concerné l'accélération du projet Xperthis Care. De nombreux médecins ont dû quitter leurs unités pour prendre en charge des patients COVID et ont été confrontés pour la première fois au logiciel Xcare que nous avons placé au cœur de notre dispositif. Cet apprentissage directement en situation, bien que plus difficile, va nous permettre d'aller encore plus vite dans le déploiement. Nous avons utilisé de nombreux outils comme

la téléconsultation, en particulier lors de la première vague lorsque les patients ne pouvaient plus se rendre à l'hôpital. Si nos spécialistes se sont parfaitement adaptés à cette situation, rien ne remplace une consultation médicale physique. La téléconsultation n'est donc pas la panacée même s'il faut reconnaître son utilité dans certaines situations particulières et pour certains types de patients. Malgré la crainte engendrée par la COVID, il ne faut pas se réfugier derrière cette possibilité qui me semble trop dangereuse. Une caméra ne pourra jamais remplacer le contact de la main.



Votre vision de la médecine du XXI^e siècle a-t-elle évolué depuis ces trois dernières années ?

M. V. : La crise a davantage renforcé la dynamique d'automatisation et de numérisation de la médecine. Nous voyons apparaître les premiers projets post-COVID d'évaluation de patient à distance avec le télémonitoring qui devrait se développer très fortement. Nous sommes à un tournant important de notre activité. Il est nécessaire de mettre en place un cadre médico-légal afin de bien définir les responsabilités et de disposer du personnel suffisant pour suivre et analyser les nombreux paramètres et maintenir le contact avec le patient. Nous sommes actuellement dans une phase d'analyse capitale avant de se lancer dans cette aventure. Le télémonitoring est une avancée incontournable car elle répond aux besoins des patients qui souhaitent de plus en plus être pris en charge chez eux. Cela s'accompagnera forcément d'un renforcement des structures d'hospitalisation à domicile pour lesquelles nous sommes résolument engagés puisque notre futur hôpital disposera de moins de lits que l'actuel ce qui nous oblige à rationaliser et à nous appuyer sur des techniques modernes.



La politique des Ressources Humaines

« *Penser global, agir local* »

Propos recueillis auprès de **Véronique Guilmot**, Directrice des Ressources Humaines

Comment définiriez-vous la politique des ressources humaines de l'établissement ?

Véronique Guilmot : Nous considérons les ressources humaines comme un service support qui permet d'outiller nos clients en interne et d'attirer et fidéliser de nouveaux collaborateurs en externe. L'ensemble de notre travail s'opère dans un contexte de qualité de vie au travail très important. Nous disposons de nombreux outils pour recruter, former et motiver les nouveaux personnels avec l'aide des collaborateurs déjà présents. Notre objectif est de tout mettre en œuvre pour qu'ils fassent la carrière la plus longue possible au sein de notre établissement.

Le fait que le GHdC soit issu de la fusion de plusieurs établissements a-t-il compliqué l'harmonisation de cette politique RH ?

V. G. : A mon arrivée au GHdC au début de l'année 2019, la fusion était déjà réalisée permettant la standardisation de certaines procédures et une harmonisation organisationnelle, stratégique et administrative. Cependant, il subsiste encore quelques poches de résistance : certains sites conservent encore leurs habitudes et il est souvent difficile de s'en défaire. La véritable harmonisation interviendra, selon toute vraisemblance, en 2024 lors de notre entrée dans le nouvel hôpital. Cette réunification géographique sur un site unique donnera toute sa puissance à cette fusion. Jusqu'au déménagement, nous poursuivons une politique que nous appelons : « *penser global, agir local* » en respectant l'histoire, le contexte et les différences de chacun. En 2024, nous devrons, quoi qu'il arrive, évoluer vers quelque chose de plus standard et de plus unanime.

Dans quelle mesure les RH sont-elles impliquées dans le projet nouvel hôpital ?

V. G. : Le GHdC a la chance de disposer à sa tête, un véritable leader d'équipe en la personne du directeur général, Gauthier Saelens, qui a toujours impliqué l'ensemble du personnel aux différentes réflexions. Ce projet a été mené dans une dynamique participative, enrichi par l'intelligence collective. C'est d'ailleurs un des éléments qui m'a personnellement incité à rejoindre le GHdC. Au niveau des ressources humaines, nous avons proposé deux accompagnements : la GPEC (gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences) qui est un modèle français, pays pionnier en matière de ressources humaines, et le *change management*. Nous sommes porteurs d'un projet riche et de grande ampleur aussi bien humainement que techniquement et nous devons faire en sorte que chacun trouve sa place.

Pouvez-vous nous expliquer la GPEC ?

V. G. : J'aime faire référence à l'étymologie de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences. Il s'agit donc de gérer, de prévoir les choses et d'adopter une gestion anticipative et de définir les emplois nécessaires pour exercer une fonction aussi bien quantitativement et qualitativement. L'idée est de répondre aux besoins de l'institution grâce au recrutement de compétences en fonction de l'environnement et des choix stratégiques déployés. Ce nouveau bâtiment va permettre une harmonisation de la quantité de collaborateurs et de leurs compétences dans une perspective de changement.

Nous sommes au cœur d'un processus de changement et d'évolution majeur pour le GHdC qui va bien au-delà des adaptations quotidiennes nécessaires dans notre activité. Dans les mois à venir, toutes les organisations et les collaborations au sein de l'établissement vont être bouleversées. Après analyse de la GPEC, nous avons entamé un *cycle management* assez classique avec l'élaboration d'un outil de la gestion anticipative qui va nous permettre de faire un diagnostic aussi bien un terme d'emplois, de compétences et de nombre, puis d'établir un plan d'action pour le recrutement, la formation et la mobilité. Cet outil informatique se décompose en trois axes : tous les collaborateurs ont dû nous fournir un curriculum vitae mettant en avant leurs compétences, ces collaborateurs sont ensuite classés en fonction de leurs situations et de leurs contrats et enfin une signalétique géographique permet de les localiser dans le nouveau bâtiment. Nous avons créé cet outil avec l'aide d'une entreprise extérieure. Il s'agit de s'assurer que toutes les personnes trouveront bien leur fonction en 2024 et que toutes les fonctions trouveront bien une personne pour l'occuper.

Cette GPEC s'est aussi accompagnée de *Change Management*...

V. G. : Pour le *change management*, je ne disposais pas des ressources suffisantes en interne et nous avons fait le choix de nous faire aider par une entreprise extérieure disposant d'une méthodologie pour accompagner toutes les ressources humaines lors de cette transition. L'objectif est de préparer, gérer, équiper et soutenir le changement des équipes collectivement et individuellement. Nous avons intégré un *change manager officer* dont le rôle est de coordonner une équipe composée d'agents de l'institution avec le soutien l'entreprise extérieure. Le rôle de cette équipe est d'intervenir partout où le changement pose problème. Dès la signalisation d'une difficulté, l'équipe de *change management* a pour mission de fluidifier la situation et de dénouer cette résistance au changement.

Quelle est la politique de l'établissement en matière de qualité de vie au travail ?

V. G. : La qualité de vie au travail est l'un des axes que nous avons mis en place au sein de l'équipe des ressources humaines dès mon arrivée au GHdC. En Belgique, il existe un cadre légal pour les risques psychosociaux mais qui ne correspond pas exactement à la problématique de la QVT qui est une notion plutôt française. La QVT se résume dans la mise en place d'un environnement positif offrant moins de stress, plus de flexibilité dans le travail et une meilleure qualité de vie. L'analyse des risques psychosociaux, est pour sa part, l'analyse des probabilités d'apparition d'éléments à risques. Bien que différentes, ces deux philosophies sont complémentaires. Nous disposons au sein des ressources humaines, d'une équipe dédiée à ces questions avec une psychologue spécialisée dans la psychologie du travail, une assistante sociale et une responsable sport et bien-être qui interviennent uniquement auprès des personnels. Nous sommes très actifs sur la notion de qualité de vie au travail.

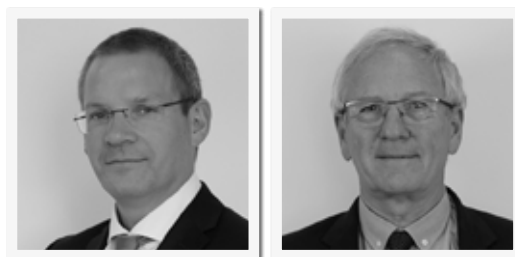




© Carol Kohen

Le Nouvel Hôpital

« Ce type d'architecture et sa logique permettent de mieux s'adapter aux contraintes d'une épidémie comme celle de la COVID »



Propos recueillis auprès de **David van Drooghenbroeck**, Directeur des Affaires Institutionnelles et Chef de projet Nouvel Hôpital et du **Docteur Henri Massin**, Adjoint à la Direction Médicale et responsable du Projet Médical Nouvel Hôpital

Quelles sont les grandes lignes du projet Nouvel Hôpital du GHdC ?

Le projet est très simple puisqu'il s'agit pour le GHdC de répondre efficacement aux évolutions des besoins des patients au niveau médical et des prises en charge tout en s'adaptant à l'évolution de la société en général. L'hôpital, aujourd'hui réparti sur cinq sites, est vieillissant avec des bâtiments datant de cinquante ou soixante-dix ans et il était nécessaire de réunir cet ensemble en un bâtiment hospitalier unique de nouvelle génération. Ce nouvel hôpital verra sa capacité réduite et concentrée afin d'être le plus efficient possible en plaçant le patient au cœur de notre dispositif. L'objectif de ce projet n'est donc pas la taille mais bien la qualité.

Ce nouvel hôpital s'est bâti sur une exigence du conseil d'administration qui souhaitait un nouveau projet médical pour réaliser ce projet architectural. Cela coïncide avec un changement de philosophie de

travail, avec le passage d'un système classique de services à un système de pôles de soins. Désormais, les professionnels de santé traitant des pathologies analogues sont regroupés pour faciliter l'entraide. La nouvelle architecture hospitalière met tout en œuvre pour que les contacts entre ces professionnels soient facilités grâce à un positionnement bien pensé. Cela profite naturellement au patient qui verra aussi ses déplacements limités et qui bénéficiera d'une prise en charge améliorée grâce à cette proximité. Cette nouvelle politique a nécessité une révolution dans l'hôpital pour mettre en place ce système de pôles sans attendre la construction du nouveau bâtiment. Il était nécessaire d'éprouver ce système en amont afin de le rendre pleinement opérationnel dès notre entrée sur le site des Viviers. En parallèle, nous avons suivi de près l'évolution des pathologies et l'émergence des nouvelles techniques comme la chirurgie robotisée afin de nous assurer de leur présence dans le nouvel hôpital.



Lors de notre dernier entretien, vous nous expliquiez que votre modèle différait des classiques de la construction hospitalière car il était basé sur une analyse de fond actualisée répondant aux attentes de la société vis-à-vis des hôpitaux.

Le GHdC a choisi de s'inspirer d'un modèle architectural en layers avec une différenciation des composantes de l'hôpital. L'enjeu était de faire correspondre le projet médical avec ses différentes composantes. Le problème majeur d'un hôpital divisé en plusieurs tranches est la connectivité entre ses différentes parties. Le système de pôles de soins et les adaptations architecturales portées à ce modèle de layers permettent un fonctionnement efficient de l'ensemble.

Le concept architectural doit permettre de concilier les différentes fonctions de l'hôpital avec son infrastructure. Le confort et le flux d'un patient sont ainsi adaptés à sa pathologie et à son circuit. Tous les patients n'ont pas les mêmes besoins et notre infrastructure s'adapte à la prise en charge. L'hôpital est ainsi scindé par bâtiments avec, tout d'abord, un volet logistique avec le bâtiment « *Usine* » qui abritera les stocks, les services techniques, la pharmacie, les laboratoires et la stérilisation. Les fonctions supports sont toujours placées à proximité de leurs donneurs d'ordres principaux. Le volet médico-technique baptisé « *Hot Floor* » regroupera les urgences, les soins intensifs, les grands brûlés mais aussi le plateau opératoire et ses vingt-trois salles et enfin les salles d'accouchement et de césariennes ainsi que la néonatalogie. Ce bâtiment se démarque par sa flexibilité extrême et offre une différenciation des flux qui permet d'intervenir sur des zones pour des actions d'entretien ou de rénovation pour les salles d'opération, sans perturber le fonctionnement de l'hôpital. Ensuite, l'hôpital est scindé selon la durée de séjour, avec le « *Motel* » pour les courtes durées et l'« *Hôtel* » pour les durées plus longues. Les deux entités sont équipées de chambres à un lit avec un sanitaire complet où seule la disposition et la surface diffèrent selon les durées de séjour. Enfin, un étage accueille le plateau de la polyclinique. Ainsi, le nouveau GHdC se démarque des monolithes classiques avec des hauteurs de bâtiments différents en fonction des usages. Son profil moins conventionnel, ne permet pas immédiatement de se rendre compte

qu'il s'agit d'un hôpital. Ses bâtiments sont séparés par des voiries mais reliés par des passerelles et une galerie logistique commune piétonne et robotisée.

Comment la crise sanitaire s'est-elle invitée dans les réflexions et dans le projet ?

Ce type d'architecture et sa logique permettent de mieux s'adapter aux contraintes d'une épidémie comme celle de la COVID. Nous nous félicitons triplement d'avoir fait ce choix. Tout d'abord, sur le volet médical, nous avons réalisé en compagnie des plus éminents spécialistes, une étude « *COVID proof* » pour déterminer à quel point l'architecture de notre bâtiment et la différenciation des flux répondent parfaitement aux contraintes imposées par la COVID à la lumière des enseignements tirés des différentes vagues de la crise. D'autre part, en pleine construction, nous pouvons maintenir, malgré les confinements et les mesures de restriction, des objectifs toujours aussi ambitieux. Le fait de proposer différents bâtiments avec différents niveaux de technicité, nous permet d'adapter notre chantier et de prioriser certaines parties en fonction des besoins en temps pour mener à bien ces réalisations. Ainsi, la partie « *Hot Floor* » a pu avancer beaucoup plus rapidement indépendamment du reste de l'hôpital, ce qui n'aurait pas été possible sur un monolithe construit par étage. Enfin, le dernier avantage de notre projet concerne la flexibilité de ce nouveau bâtiment. L'ensemble des unités, à de rares exceptions liées à des spécificités techniques, est complètement modulable en fonction de leurs évolutions. En cas de pandémie, une unité peut s'agrandir et même être isolée sans impacter le reste du bâtiment. Ces évolutions peuvent se réaliser sans travaux, uniquement en modifiant la signalétique et l'agencement des unités. C'est un gain énorme. Après la crise, ce type d'architecture pourra être largement comparé aux autres modèles en Europe et dans le Monde pour voir dans quelle mesure nous pouvons tirer un avantage à compléter les différentes réflexions. Sur le papier, ce projet fait la démonstration d'une forme de résilience que nous n'avions même pas imaginée avant la pandémie COVID.

Comment avez-vous intégré ces nouvelles données sanitaires ?

Nous traversons tous la première grande épidémie de notre carrière. Les hôpitaux ont toujours été habitués à la contagion et les maladies nosocomiales sont, du reste, un problème majeur que nous avons parfaitement intégré lors de la conception initiale de cet hôpital. Ainsi, un médecin hygiéniste était présent dans l'équipe de base de conception et de programmation du nouvel hôpital pour veiller à ne pas commettre d'erreurs irrémédiables sur la question de la contagion des patients. Evidemment, nous n'imaginions pas à l'époque devoir faire face à une épidémie qui ravagerait à ce point l'ensemble de l'hôpital et qui viendrait surtout mettre à l'arrêt de nombreuses fonctions. Les activités « normales » d'un hôpital ont été temporairement mises en veilleuse pour ne se concentrer que sur la gestion de cette crise épidémique. Grâce à sa faculté d'isoler rapidement certains clusters, ce nouvel hôpital va nous permettre, si la situation se représente, de conserver une activité hospitalière classique indépendamment de l'activité épidémique. Sans le savoir, cette exigence d'hygiéniste sur la conception va nous permettre d'envisager les futures épidémies avec beaucoup plus d'aisance. Cet hôpital développe également beaucoup de fonctions indépendantes comme le bloc opératoire ou les hôpitaux de jour qui ont un fonctionnement autonome basé sur la marche en avant. Ces structures sont tout à fait isolables et récupérables pour des soins spécialisés de type infectieux en cas de besoin et nous sommes, à la lumière des événements récents, particulièrement satisfaits de ces différents choix.

Dans quelle mesure le projet a-t-il évolué ces quatre dernières années ?

Aucune adaptation n'a été nécessaire au cours des dernières années, ce qui doit signifier, objectivement, que notre projet initial était bien préparé. Nous avons veillé à développer un processus de programmation très participatif. Bien-sûr, cela prend plus de temps et nécessite une forte anticipation en amont du projet. Chaque pôle et chaque service ont

toujours été informés et impliqués dans la conception de leur futur outil. Malgré les années séparant l'élaboration du projet de sa réalisation et les possibilités d'évolution des souhaits qui existent, cela ne garantit pas que les nouvelles idées soient plus pertinentes que les idées initiales. Cette anticipation a, au contraire, permis aux équipes d'éprouver leurs choix et de conforter leurs décisions. Finalement, c'est plutôt l'hôpital qui désire réaliser quelques ajustements, par exemple sur la dénomination de certains lits pour se conformer aux évolutions des durées de séjour. Le fait que toutes les chambres soient standards permet simplement en réaffectant du personnel de modifier la fonction d'une chambre. D'autre part, nous avons mené un processus de certification, à la fois sur nos bâtiments actuels mais aussi sur les plans du bâtiment futur, qui s'est révélé très satisfaisant. Cela ne signifie pas que nous nous reposons sur nos acquis et que nous ne restons pas attentifs aux différentes évolutions. L'hôpital est une matière organique qui vit, bouge et change sans cesse. Nous scrutons toutes les évolutions possibles et sommes prêts à les intégrer. Il faut avoir la culture de l'anticipation au quotidien.

Dans quelle mesure ce bâtiment est-il évolutif ?

Cet hôpital a été conçu dès le départ pour être agrandi facilement. Aujourd'hui, le problème n'est plus lié à l'évolution des pathologies car la logique des pôles avec une mutualisation des activités connexes permet sans difficultés de traiter toutes les pathologies dans un pôle ou dans un autre. Le véritable défi concerne la formation des cadres et du personnel infirmier qui doivent être à l'avenir beaucoup plus mobiles pour traiter les différentes pathologies du pôle. Nous menons d'ores et déjà ce travail d'évolution de l'enseignement avec les écoles d'infirmiers pour s'adapter au caractère de plus en plus perméable de la frontière entre les spécialités composant les différents pôles. Le personnel et les médecins doivent pouvoir changer de spécialités plus aisément pour suivre les évolutions des pathologies. C'est un défi majeur pour les années à venir.





Ce bâtiment est implanté dans un site qui bénéficie d'une riche diversité. Comment avez-vous avancé dans vos réflexions concernant la valorisation de la nature dans ce projet ?

Nous venons d'achever la réalisation du parc de onze hectares qui accueille le nouvel hôpital et qui œuvre à la préservation de la biodiversité sur le site avec la création d'un étang pour les crapauds. A l'intérieur de l'hôpital, une série de jardins, parmi lesquels des jardins thérapeutiques et des toitures végétalisées, seront gérés et cultivés par les élèves en agronomie de la Haute Ecole Louvain en Hainaut. Ainsi, certains produits récoltés pourront être consommés par les patients et cette végétation proposera un spectacle beaucoup plus agréable et apaisant depuis les chambres.

Quels sont les prochaines étapes de ce projet ?

Le gros œuvre sera achevé à la fin de l'année et, en parallèle, nous avons débuté depuis le mois de décembre 2020, le second œuvre avec les techniques spéciales et le parachèvement. Nous sommes parfaitement en phase avec notre planning et le type de bâtiments que nous avons choisi de construire n'est pas étranger à cela. Malgré la crise, nous sommes parvenus à minimiser l'impact sur le calendrier grâce à plusieurs raisons : dès le mois de mars 2020, nous avons réuni tous les acteurs de ce chantier pour recontextualiser notre objectif commun qui était de construire plus qu'un bâtiment, un hôpital. Cela n'est pas insignifiant en cette période de pandémie. Cette prise de conscience des ouvriers qu'ils pouvaient faire plus pour les soignants et les malades sur le chantier qu'en applaudissant à 20 heures, a donné un sens et un courage très fort à toutes les équipes. En second lieu, il s'agissait dans le même temps de maintenir la totalité des contrats sur le chantier pour conforter l'engagement et l'implication de tous les acteurs. Début mars, il était inconcevable de modifier nos objectifs dans la mesure où nous n'avions aucune visibilité sur l'avenir. Il était donc logique de maintenir l'activité et de poursuivre ce projet. Un hôpital étant reconnu par l'Etat comme outil essentiel à la Nation, il était dans ce contexte, quasiment impossible pour les entreprises de se rétracter ou de se tourner vers d'autres chantiers. En troisième point, nous avons dès le début de la crise, investis pour une augmentation significative des surfaces sociales, comme les vestiaires, les réfectoires ou les douches, en aménageant notamment des parties déjà construites afin de réduire les risques de contaminations. Notre chance a été que la COVID soit arrivée en période de gros œuvre ce qui nous a permis de disposer de plus de surfaces construites disponibles. Enfin, le quatrième élément grâce auquel le chantier a pu se poursuivre dans les meilleures conditions possibles, et sans doute le plus important, c'est

la permanence du contact. Nous avons été présents sur le chantier à tous les instants pour remercier, écouter, rassurer et comprendre les entreprises. En tant que maître d'œuvre, le GHdC ne pouvait pas rester caché en cette période de crainte vis-à-vis du virus. Notre devoir était d'être présent aux côtés des ouvriers. Nous avons même organisé des moments de convivialité sur le chantier avec la venue de food-trucks pour les ouvriers. La somme de ces éléments, nous permet aujourd'hui d'être dans les délais, dans le respect du budget et focalisés sur les différents objectifs.

Et sur le plan médical, quelles sont les prochaines étapes ?

Sur le plan médical, le travail consiste actuellement à sélectionner les équipements pour le futur hôpital. La difficulté réside dans le délai qui nous sépare du déménagement. La nécessité de clôturer prochainement les marchés publics nous oblige à réaliser cette sélection très en amont de la mise en service des équipements. Les médecins sont très impliqués dans la composition de ces cahiers des charges. Nous suivons de très près les évolutions technologiques et médicales pour éviter une obsolescence trop rapide des équipements commandés. D'autre part, nous tâchons de faire le point, une à deux fois par an, sur l'évolution des pathologies et celles qui pourraient émerger afin que notre hôpital conserve son niveau de performance dans les prises en charge. Cette capacité d'anticipation nous a permis de développer et d'intégrer à temps dans le nouvel hôpital, la chirurgie robotisée ou la chirurgie maxillo-faciale oncologique. Cela prouve aussi que le projet reste évolutif alors que le gros œuvre est en passe de se terminer.





Le chantier du Nouvel Hôpital

« Construire cet hôpital est avant tout, pour nous, une aventure humaine »



Propos recueillis auprès de **Bénédicte Van Crombrugge**, Directrice Adjointe des Infrastructures

Comment définiriez-vous le chantier autour du Nouvel hôpital ?

Bénédicte VAN CROMBRUGGE : Le chantier du nouvel hôpital est un enjeu gigantesque pour le GHdC. Nous sommes actuellement dans une phase de gros œuvre qui laisse apparaître environ 75 % des volumes du futur hôpital. Ce projet est une véritable entreprise humaine à piloter avec près de 300 ouvriers actuellement sur le site, ce qui requiert une grande organisation et de l'adaptabilité face aux défis techniques, financiers et calendaires. L'ampleur de ce projet nous fait mener conjointement quatre ou cinq chantiers distincts rajoutant des contraintes organisationnelles et logistiques qui n'existent pas sur des constructions plus modestes. L'échelle de ce chantier est en tout point remarquable, aussi bien au niveau des études, que dans le nombre d'acteurs impliqués à coordonner ou tout simplement au niveau du volume des fournitures. Depuis le début de l'année 2021, le chantier des techniques spéciales et

du parachèvement a démarré avec l'arrivée de nouveaux collaborateurs qui, après une phase d'étude d'exécution, vont faire grimper le contingent d'ouvriers à 1 500 personnes.

Quels sont les principaux défis techniques à relever sur un chantier de cette ampleur ?

B. V. C. : Le principal défi est d'organiser le chantier en quatre chantiers parallèles. Les entreprises doivent être capables de mettre à disposition la main d'œuvre suffisante pour couvrir tous ces chantiers. Le défi technique est avant tout humain. L'autre difficulté concerne les fournisseurs auprès desquels nous devons commander des volumes très importants de matériaux. Nous sommes bien souvent obligés de faire appel à plusieurs sociétés pour disposer de la quantité nécessaire de matériaux.



Quel a été l'impact de la crise sanitaire ?

B. V. C. : L'autre défi est évidemment lié à la crise COVID qui s'est imposée à nous. Au mois de mars 2020, le chantier s'est intégralement arrêté durant trois semaines. L'impact sur le retard est heureusement resté relativement faible et cette crise a surtout été l'occasion d'une prise de conscience des équipes pour optimiser cette interruption. Lors du retour progressif des ouvriers sur le chantier, nous avons adapté les locaux sociaux afin de garantir le respect des distanciations pour les travailleurs et le port du masque et l'application des gestes barrières se sont généralisés. Nous avons mené beaucoup de réunions virtuelles au niveau administratif ce qui permet de gagner en réactivité mais nous prive des interactions humaines ce qui est difficile à vivre. L'attention portée dans une réunion physique n'est clairement pas la même en virtuel et les messages ne passent pas aussi bien ce qui, in fine, pénalise le chantier. Au niveau du GHdC, nous avons tenté de limiter cet impact négatif en allant à la rencontre physique des différents acteurs le plus souvent possible. Construire cet hôpital est avant tout, pour nous, une aventure humaine et ce projet ne peut pas fonctionner sans cette relation.

Aujourd'hui encore vous devez adapter le chantier à la contrainte de la COVID ...

B. V. C. : Cette adaptation est de rigueur aussi bien au niveau des travaux que du projet initial. Sur le chantier, la place réservée pour loger les ouvriers est beaucoup plus vaste que prévu et nous avons également triplé le nombre d'accès pour éviter le brassage des flux. Ensuite, il faut savoir rester raisonnable et se tenir au strict respect des gestes barrières qui doivent protéger efficacement les équipes. Nous sommes sur un chantier très vaste qui évite automatiquement la concentration d'ouvriers sur un même endroit. Comme dans toutes les entreprises

nous avons malheureusement dû faire face à des cas de COVID mais des process efficaces ont immédiatement été mis en place avec une isolation systématique des cas suspects et de ses contacts jusqu'à la réalisation de deux tests, un le lendemain de la suspicion et l'autre sept jours plus tard. La vitesse de propagation du virus nous pousse à la plus grande vigilance tout en maintenant l'activité des travaux. Le secteur de la construction fait beaucoup appel à de la main d'œuvre venant de pays étrangers ce qui augmente forcément les risques de contaminations. Lors des fêtes de Noël, pour éviter tout risque, nous avons mis en place une quarantaine obligatoire au retour des congés. Même si cela a pénalisé le chantier, il faut aussi savoir faire preuve d'humanité vis-à-vis des personnes qui travaillent dur pour ce projet. Depuis, nous échelonnons un peu plus les congés pour éviter que tout le monde soit en quarantaine en même temps.

Quelles sont les clés de la réussite d'une telle opération ?

B. V. C. : La communication et l'entente avec les différents partenaires sont les éléments clés de la réussite d'une entreprise de cette ampleur. Cela peut paraître simpliste mais ce n'est pas si évident à accomplir car, même avec l'objectif commun qui est l'aboutissement de ce projet, chaque partenaire a sa propre vision des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir et ses propres défis financiers. C'est pour cela qu'il est important de maintenir le contact pour comprendre les besoins de chacun et leurs intérêts. Nous sommes attentifs à toujours fluidifier ces relations pour éviter tout blocage ou crispation. Le principal défi d'un tel chantier n'est donc pas technique mais humain. Le GHdC a même fait l'acquisition d'une maison à proximité du chantier pour être plus présent sur le chantier et aller facilement à la rencontre des partenaires. Ce besoin de partage et d'échanges anime tous les acteurs de ce chantier.

Quelles sont les prochaines étapes ?

B. V. C. : Le gros œuvre fermé est actuellement réalisé à 70 % et nous sommes à un moment charnière avec l'arrivée des entreprises de finition, parachèvement et techniques spéciales. Les six prochains mois seront consacrés à l'intégration de nouveaux partenaires qui nécessite à nouveau de mettre la relation humaine en avant pour faciliter le travail de chacun. Lors de la phase de gros œuvre nous n'avions qu'une seule entreprise générale mais dans les prochaines semaines, six entreprises supplémentaires viendront gonfler les rangs de ce chantier et ainsi multiplier les interlocuteurs et les besoins de coordination. Nous espérons que tout continuera de bien se dérouler, car même lorsque nous essayons de prévoir tous les scénarios dans le cahier des charges, rien ne remplace la vérité du chantier.

Le prochain moment clé de ce chantier sera la réalisation de la première zone parachevée. D'autre part, nous avons travaillé avec la direction des travaux et l'ensemble des entreprises à l'élaboration d'un planning collaboratif très ambitieux pour les travaux jusqu'à la livraison fin 2023/début 2024. Pour l'optimisation de ce calendrier de 70 pages, nous rencontrons trois fois par semaine les acteurs de la construction



afin de vérifier l'avancée des travaux et éventuellement le faire évoluer en fonction du ressenti des entreprises. Ce planning collaboratif est une des grandes forces de ce chantier. Cette liberté d'action plutôt qu'un planning contractuel porte ses fruits et est plus efficace mais également plus agréable à vivre pour les partenaires. Ils se sentent plus responsabilisés et encore plus impliqués dans la réussite du projet. A l'issue du gros œuvre et des chantiers purement techniques, viendra le temps de la réalisation de l'intérieur des bâtiments. Le nouveau GHdC se décompose en quatre chantiers correspondant aux quatre futurs bâtiments avec : l'Usine/*Hot Floor*, le Motel, l'Hôtel et le Parking. Ils seront construits dans cet ordre précis afin de migrer en premier dans cette zone de *Hot Floor* qui est la plus complexe, aussi bien au niveau de sa réalisation que de ses équipements. Cela offrira un temps d'adaptation et d'appropriation aux équipes avant de quitter l'ancien hôpital. Le Motel et l'Hôtel qui accueilleront des consultations et des hébergements seront plus simples à apprivoiser.



L'importance de la communication

« En temps de crise, la communication joue un double rôle »

Propos recueillis auprès de **Marie Ludwigs**, Responsable Communication

Quel est le rôle de la communication lorsqu'un établissement hospitalier commence à être confronté à une épidémie mondiale ?

Marie Ludwigs : En temps de crise, la communication joue un double rôle, tout d'abord en interne, afin d'aider le personnel à prendre la mesure de la situation et de ce que cela implique pour l'hôpital mais également vers l'extérieur, à destination des patients et des visiteurs afin d'expliquer les différentes mesures mises en place. Lors de la première vague en Belgique, nous avons dû déclencher le Plan d'Urgence Hospitalier avec, comme effet, la fin immédiate de toutes les interventions chirurgicales et de toutes les consultations. Dans ce cas précis, il ne suffit pas de diffuser de manière brute cette information mais il est important de l'expliquer et de donner aux personnes des perspectives.

Quels sont les outils que vous avez rapidement mis en place en matière de communication interne ?

M. L. : Le service communication émet régulièrement un « *flash info* » sous forme de mail qui développe les différentes informations concernant

l'hôpital. Lors de cette crise, nous avons rapidement mis en place un « *bulletin COVID* » envoyé tous les jours, week-end inclus. Il s'agissait de donner régulièrement à l'ensemble du personnel la mesure du nombre de patients COVID hospitalisés dans les différents services du GHdC, le nombre de décès mais aussi le nombre de patients pouvant quitter l'établissement pour redonner de l'espoir aux équipes. Chaque semaine, deux médecins impliqués dans la gestion de la pandémie animaient une vidéoconférence pour l'ensemble des médecins et personnel encadrant pour faire le point de la situation au GHdC et répondre aux questions. Par ailleurs, nous disposions d'un groupe Facebook privé pour le personnel dont l'adhésion et la lecture était complètement à la discrétion de chacun et sur lequel nous postions diverses informations. Cet espace permettait également de répondre aux interrogations des personnels car, sur Facebook, les personnes se sentent un peu plus libres de publier, de commenter et de poser des questions. Il permet plus d'interactions. Lors de cette période nous avons également utilisé le format vidéo via de petites capsules d'encouragement pour témoigner du soutien aux équipes.

Qu'en est-il de la communication externe ?

M. L. : La communication externe s'est essentiellement faite avec la presse et notre patientèle. Ce travail avec les médias a occupé une grande partie de notre temps, entre les très nombreuses demandes d'interviews et les diverses informations demandées. Nous n'avons pas créé de nouveaux canaux pour communiquer vers l'extérieur mais nous nous sommes beaucoup servis de la page Facebook institutionnelle suivie par plusieurs milliers de personnes et du site internet. Concernant les annulations, nous avons prévenu par SMS toutes les personnes concernées par les consultations et nous avons appelé tous les patients devant se faire opérer afin de bien leur expliquer les raisons. Les patients se sont montrés très compréhensifs. Nous avons, bien entendu, beaucoup utilisé l'affichage et la signalisation pour détailler les nombreuses nouvelles règles. Tous les établissements ont globalement utilisé les mêmes outils qui se sont affinés au fil de la crise. Lors de la deuxième vague, des médecins, en particulier spécialistes de la santé mentale, ont mis en place des webinaires pour aborder des thématiques spécifiques en lien entre les patients et le GHdC.

Comment avez-vous géré vos autres missions en parallèle de cette mission d'information autour de la COVID ?

M. L. : Il est évident qu'une partie de notre activité a été mise de côté puisqu'il était impossible de réunir les personnes. Ainsi, tous nos événements programmés (journées mondiales, colloques, ...) n'ont pu se tenir, ce qui a dégagé du temps pour se concentrer uniquement sur la COVID. Au sein de la cellule communication, deux des trois membres ont exclusivement travaillé sur la crise sanitaire. Lors de l'édition de notre journal interne, nous avons réalisé une parution spéciale COVID.

Quel bilan dressez-vous de cette année particulière ?

M. L. : Si je compare avec ce que je sais des autres établissements, je pense, en toute objectivité, que nous avons été performants au niveau de la communication interne au GHdC. Nous avons offert un accès quotidien aux informations à toutes les personnes qui le souhaitent. Même si connaître le nombre de cas ou de décès peut paraître morbide, c'était en réalité très important pour les équipes d'avoir la pleine conscience de la situation en toute transparence. Ces diverses informations étaient également très importantes pour les personnels en télétravail pour garder le contact avec ce qui se passait à l'hôpital. Nous avons été transparents et réactifs. Le service communication fait partie du groupe de coordination COVID qui se réunit jusqu'à deux fois par semaine, afin de relayer un maximum d'informations en temps réel aux équipes. La communication externe est naturellement toujours plus compliquée car il n'est pas toujours évident de parvenir à toucher tous les patients. La communication directe reste la plus efficace et le fait d'avoir des patients au téléphone permettait de bien expliquer les choses.

Concernant, le projet Nouvel Hôpital, quelle est l'importance de la communication sur un projet d'une telle ampleur ?

M. L. : Depuis le début du projet, le service communication est impliqué avec une personne de l'équipe dédiée à la communication sur le nouvel hôpital. Nous avons déjà quelques réalisations à notre actif, comme un timelapse ou le passage d'un drone une fois par mois au-dessus du chantier pour témoigner de l'évolution des travaux, ainsi qu'une rubrique récurrente dans le journal du personnel. A ce stade du projet, les actions restent relativement modestes et notre objectif est pour l'instant de susciter l'intérêt du personnel pour découvrir ce nouvel outil. Depuis que le bâtiment est visible depuis la route, les



premières questions commencent à fleurir et nous tachons d'apporter des réponses et d'anticiper les différentes interrogations. Enfin, nous publions régulièrement des photos informatives ou plus décalées et nous créons des petits concours pour tenir les équipes en haleine. D'ici peu, nous espérons pouvoir organiser des visites du chantier ouvertes à tout le personnel. Pour finir, notre site internet va prochainement se développer davantage et devenir de plus en plus dynamique avec l'ajout d'informations quotidiennes et de nombreuses photos.